

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ**

**«детская хирургия»**

Научная специальность: **14.01.19 – детская хирургия.**  
*код, наименование*

Кафедра: **детской хирургии**

Форма обучения: \_\_\_\_\_ очная \_\_\_\_\_

Нижний Новгород  
2022

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Наименование дисциплины/практики» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Наименование дисциплины/практике». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

*(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.*

*Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)*

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	<i>Тест №1</i>	<i>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося</i>	<i>Фонд тестовых заданий</i>
2	<i>Курсовая работа (проект)</i>	<i>Средство проверки умения представлять результаты теоретических, расчетных, аналитических, экспериментальных исследований</i>	<i>Перечень тем курсовых работ (проектов)</i>
3	<i>Реферат</i>	<i>Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</i>	<i>Перечень тем рефератов</i>
4	<i>Собеседование</i>	<i>Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.</i>	<i>Вопросы по темам/разделам дисциплины</i>
5	<i>Ситуационные задачи</i>	<i>Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.</i>	<i>Перечень задач</i>

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка	Этап формирования	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
--------------------	-------------------	-----------------------------------	--------------------

компетенции*	компетенции		
<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

**\* - не предусмотрены для программ аспирантуры**

#### **4. Содержание оценочных средств текущего контроля**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1, оценочное средство 2 и т.д. *(перечислить формы, например, контрольная работа, организация дискуссии, круглого стола, реферат и т.п.)*

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

1. тесты
2. ситуационные задачи
3. собеседование

Оценочное средство 2

1. собеседование
2. подготовка реферата
3. сообщение

4.1. Примеры оценочных средств:

##### **Для текущей аттестации**

**Примеры тестовых заданий:**

#### **1. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются:**

- a) По газовому пузырю желудка
- b) По наклейке на рентгенограмме
- c) По букве «Л» или «П» поставленной рентгенотехником
- d) По тени средостения
- e) По высоте купола диафрагмы

**2. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника являются:**

- a) Вертикальное

- b) Лежа
- c) На правом боку
- d) На левом боку
- e) Любое из перечисленных

**3. Контрастное обследование пищевода с барием показано при всех перечисленных заболеваниях пищевода, кроме:**

- a) Атрезии пищевода
- b) Врожденного короткого пищевода
- c) Ахалазии кардии
- d) Халазии кардии
- e) Врожденного свища пищевода

**4. Покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя гной под кожей.  
Диагноз:**

- a) паронихий
- b) кожный панариций
- c) флегмона
- d) абсцесс
- e) подкожный панариций

**5. Основной возбудитель гнойно-воспалительных процессов:**

1. микст-инфекция
2. стафилокок
3. стрептококк
4. кишечная палочка
5. протей

**6. Репарация в гнойной ране обычно наступает на:**

1. седьмые - десятые сутки
2. вторые - третьи сутки
3. четвертые - шестые сутки
4. к концу второй недели
5. спустя две недели

**7. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:**

- a) невозможен
- b) возможен при начальной стадии воспаления
- c) возможен при флегмонозном аппендиците
- d) возможен при гангренозном аппендиците
- e) возможен даже при перфоративном аппендиците

**8. У ребёнка 8 мес. клиника инвагинации. Оптимальный метод обследования:**

- a) осмотр живота под наркозом
- b) ирригография с воздухом
- c) ирригография с бариевой взвесью
- d) лапароскопия
- e) колоноскопия

**9. Больной острым аппендицитом в постели занимает положение:**

- a) на правом боку с приведёнными ногами
- b) на спине
- c) на животе
- d) на левом боку
- e) сидя

**10. Червеобразный отросток:**

- a) функциональный орган
- b) рудимент
- c) порок развития
- d) аномалия
- e) вариант развития

**11. Самыми достоверными признаками острого аппендицита являются:**

- a) напряжение мышц и локальная болезненность
- b) локальная боль
- c) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- d) симптом Щёткина и рвота
- e) жидкий стул и рвота

**12. У ребенка 2 лет крипторхизм. Ему следует рекомендовать:**

- a) Оперативное лечение с последующей гормональной терапией
- b) Динамическое наблюдение
- c) Оперативное лечение с предшествующей гормональной терапией
- d) Оперативное лечение
- e) Гормональную терапию

**ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Задача №1**

- 1) Детская хирургия
- 2) Отделение – приёмный покой стационара
- 3) Название нозологии – пельвиоперитонит
- 4) Модель: I I тип – А.В.С.
- 5) Проблема: диагностика заболевания и тактика лечения

Пациентке с абдоминальным синдромом ставится диагноз острого аппендицита, не учитывая наличие дополнительных симптомов, указывающих на наличие гинекологической патологии, и выполняется лапаротомия разрезом Волковича-Дьяконова, аппендэктомия.

6) Текст ситуационной задачи.

Девочка 5 лет заболела остро, появилась вялость, температура тела повысилась до 38,7°, возникли боли в животе, тошнота, дважды была рвота. При осмотре язык сухой, пульс 110 уд. в мин., тоны сердца приглушены. В лёгких дыхание везикулярное. Живот отстаёт в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается ригидность передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в обеих подвздошных областях. Отмечаются выделения из половых путей слизисто-гнойного характера. В ан. крови - лейкоцитоз 18000.

Девочка осмотрена хирургом, установлен диагноз острого аппендицита, выполнена экстренная лапаротомия косым доступом Волковича-Дьяконова. На операции выявлено, что аппендикулярный отросток имеет вторичные изменения (гиперемирован), не утолщен, без налётов фибрина. В брюшной полости в малом тазу определяется умеренное количество выпота липкого характера. При осмотре придатков выявлена их гиперемия, отёчность. Интраоперационно установлен диагноз: пельвиоперитонит. Выполнена санация брюшной полости, аппендэктомия. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная (клафоран, амикацин), инфузионная терапия. Девочка выписана домой через 2 недели в удовлетворительном состоянии.

Данные гистологического исследования: вторичный аппендицит.

7) Решение задачи:

A	B	C	D
Не проведено ректальное исследование.	Не учтены данные анамнеза, осмотра, лаб. исследований: слизисто-гнойные выделения из половых путей у девочки; гиперлейкоцитоз.	Выбран неверный способ лечения. Необходимо было выполнить лапароскопию, что позволило бы установить правильный диагноз, выполнить санацию брюшной полости. Не потребовалось бы удалять червеобразный отросток.	

**Задача №2.**

- 1) Детская хирургия
- 2) Отделение – приёмный покой стационара
- 3) Название нозологии – острый аппендицит, осложнённый разлитым перитонитом
- 4) Модель: III тип – А.В.С.
- 5) Проблема: диагностика заболевания, тактика лечения

Пациенту с катаральными явлениями и болями в животе ставится диагноз ОРЗ, не назначая консультацию детского хирурга. При поступлении в стационар устанавливается диагноз осложнённого перитонитом острого аппендицита, выполняется аппендэктомия разрезом Волковича-Дьяконова, дренирование брюшной полости, а не положенная в данной ситуации срединная лапаротомия.

6) Текст ситуационной задачи.

У мальчика 7 лет накануне были катаральные явления. Дважды был осмотрен участковым врачом. Диагностировано ОРЗ, назначено лечение противовирусными препаратами, антибиотиками. Пятый день болит живот, после приёма пищи отмечается рвота, ребёнок не встаёт с постели. Состояние мальчика тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие. Язык обложен густым белым налётом, сухой. Пульс 140 уд. в мин., температура тела 38,2°. В лёгких дыхание жёсткое, живот в дыхании не участвует, напряжён, резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. КСП направлен в стационар в связи с ухудшением состояния.

В приёмном покое мальчик осмотрен хирургом, установлен диагноз острого аппендицита, осложнённого перитонитом. Выполнена экстренная лапаротомия косым доступом Волковича-Дьяконова. На операции выявлено, что в брюшной полости значительное количество гнойного, с колибациллярным запахом экссудата, аппендикулярный отросток тёмного цвета, с перфорационными отверстиями на верхушке. Выполнена санация брюшной полости (удаление гноя электроотсосом, аппендэктомия, лаваж брюшной полости водным раствором хлоргексидина, фурациллином). В брюшную полость введён раствор метрогила, оставлен дренаж в правой подвздошной области. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная (клафоран, амикацин, метрогил), инфузионная терапия. Послеоперационный период протекал тяжело, сохранялась длительная лихорадка. На 10-е сутки при осмотре живота выявлен послеоперационный инфильтрат в правой подвздошной области, что подтверждено при УЗИ. Проводилась длительная антибактериальная терапия, ФТЛ. После купирования признаков инфильтрата выписан домой через 1,5 мес. в удовлетворительном состоянии.

Данные гистологического исследования: гангренозно-перфоративный аппендицит.

7) Решение задачи:

A	B	C	D
-	Педиатром неправильно интерпретированы жалобы на боли в животе у ребёнка с ОРЗ (сочетание 2-х заболеваний: ОРЗ и острого аппендицита).	Хирургом выбран неверный способ оперативного лечения. Необходимо было выполнить срединную лапаротомию, лапаростомию, что позволило бы достаточным образом санировать брюшную полость и избежать такого грозного осложнения, как послеоперационный инфильтрат.	

**Задача №3**

- 1) Детская хирургия
- 2) Отделение – урологии
- 3) Название нозологии – пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 4) Модель: I I тип – А.В.С.
- 5) Проблема: диагностика заболевания и тактика лечения

Пациентке с постоянной лейкоцитурией, дизурическими расстройствами проводится длительная консервативная терапия уросептиками, не выполняется УЗИ почек и не направляется на рентгеноурологическое обследование, что позволило бы своевременно диагностировать ПМР, избежать рефлюкс-нефропатии, «открытой» операции.

6) Текст ситуационной задачи.

Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания. В ан.мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки. Госпитализирована в стационар, где проведено рентгеноурологическое обследование: на урограммах деформация чашечно-лоханочной системы обеих почек, гипотония мочеточников на всём протяжении, на цистограммах – 2-х-сторонний ПМР 3-4 ст. Этапно произведены оперативные вмешательства: операция Коэна справа, эндоскопическая коррекция ПМР слева коллагеном. Контрольная цистография через год – ПМР нет. Нормализовались ан.мочи.

7) Решение задачи:

А	В	С	D
Не учтены данные анамнеза: мочевого синдрома, дизурические расстройства.	Не учтены данные анамнеза, лаб.исследований (постоянная лейкоцитурия).	Выбран неверный способ лечения: длительная консервативная терапия уросептиками. Необходимо было выполнить УЗИ почек, рентгеноурологическое обследование, что позволило бы раньше начать лечить ПМР, избежать «открытой» операции.	

**Задача №4**

- 1) Детская хирургия
- 2) Отделение – урологии
- 3) Название нозологии – травма уретры
- 4) Модель: I I тип – А.В.
- 5) Проблема: диагностика заболевания и тактика лечения

Пациенту ошибочно установлен диагноз разрыва мочевого пузыря, а не уретры, выполнена попытка катетеризации уретры, что противопоказано при данной патологии, т.к. может привести к смещению повреждённых отделов уретры, формированию ложных ходов.

6) Текст ситуационной задачи.

Мальчик 8 лет доставлен с места автокатастрофы в тяжёлом состоянии. Множественные ушибы и ссадины тела, конечностей. Сознание ясное, возбуждён. Из уретры выделяется каплями кровь. Очень хочет, но не может помочиться. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника, печёночная тупость сохранена. Резкая болезненность в области лона, где перкуторно определяется тупость, болезненность при пальпации. Дежурным хирургом заподозрен разрыв мочевого пузыря, произведена попытка его катетеризации металлическим катетером, без эффекта, моча не выделяется. Выполнена восходящая уретрография, при которой обнаружен затёк контраста в мягкие ткани, контраста в мочевом пузыре нет. В экстренном порядке произведена цистостомия.

7) Решение задачи:

A	B	C	D
Не учтены данные анамнеза, осмотра (уретрорагия). Необоснованно выполнена катетеризация уретры при подозрении на её травму.	Не установлен диагноз травмы уретры при поступлении, ошибочно заподозрен разрыв мочевого пузыря.		

**Задача №5**

1. Детская хирургия
2. Отделение – хирургии
3. Название нозологии – инвагинация кишечника
4. Модель: I I тип – А.В.С.
5. Проблема: диагностика и тактика лечения

Пациенту с инвагинацией кишечника своевременно не установлен диагноз, что повлекло госпитализацию пациента в инфекционное отделение, неверно выбранную тактику лечения. В результате позднего обращения за консультацией к хирургу диагноз заболевания поставлен только при осложнении инвагинации перитонитом. Хирургом неправильно выбрана тактика хирурга на операции: ушивание живота наглухо при оставлении сомнительного в жизнеспособности участка кишки (а не его резекции или сохранении лапаростомы), что повлекло за собой необходимость релапаротомии.

6. Текст ситуационной задачи.

В стационар поступил мальчик, 7 мес., у которого после включения в кормление яблочного сока «Спелёнок» отмечались лихорадка (температура от 37,1° до 38,5°), стул с «зеленью», ухудшение общего состояния, вялость. На следующий день присоединились периодическое беспокойство, многократная рвота, слизисто-кровянистые выделения из ануса. Через 20 часов от начала заболевания вызвана скорая помощь. Ребёнок госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на дизентерию, где проводились инфузионная, антибактериальная терапия, получал гормоны. В связи с отсутствием эффекта от лечения и продолжающимся ухудшением общего состояния ребёнок консультирован хирургом. При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации. На рентгенограмме – данные за кишечную непроходимость. При осмотре живота под наркозом, УЗИ определяется опухолевидное образование (инвагинат) в брюшной полости. При ректальном осмотре – симптом «малинового желе». В экстренном порядке ребёнок взят в операционную. При лапаротомии обнаружен инвагинат до уровня середины ободочной кишки. С техническими трудностями выполнена дезинвагинация. После расправления инвагината выявлено, что имела место подвздошно-ободочная инвагинация с изменённым участком кишки тёмно-красного цвета. В брыжейку кишечника введён раствор новокаина, лапаротомная рана ушита наглухо. В послеоперационном периоде продолжалась лихорадка, на 2-е сутки отмечено вздутие живота, присоединились перитонеальные симптомы. В экстренном порядке выполнена релапаротомия, при которой обнаружен некроз сомнительного участка кишки. Выполнена резекция илеоцекального угла с илеотрансверзоанастомозом. Через 3 недели ребёнок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

7. Решение задачи:

A	B	C	D

Неверно интерпретированы данные анамнеза (сочетание 2-х заболеваний – кишечной инфекции и инвагинации на её фоне).	Не назначена своевременная консультация хирурга. Не проведены ректальный осмотр, УЗИ. Госпитализация в инфекционное отделение, а не в хирургическое.	Неверная тактика лечения педиатра из-за неправильного диагноза.  Неверная тактика лечения хирурга – оставление сомнительной кишки с ушиванием лапаротомной раны наглухо.
--	--	--

#### 4.2. Примеры оценочных средств:

##### Примерные темы рефератов:

1. Пороки развития прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечения.
2. Динамическая кишечная непроходимость. Особенности этиологии, патогенеза у детей раннего возраста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
3. Остеохондропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Кривошея. Косолапость. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения. Показания и сроки оперативного лечения.
5. Травматический шок и его лечение у детей.
6. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению.
7. Аномалии количества, положения, формы почек. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
8. Хронический остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения, их профилактика и лечение.
9. Травма позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
10. Ущемление паховых грыж. Дифференциальная диагностика с паховым лимфаденитом, кистой семенного канатика. Тактика хирурга. Герниолапаротомия.
11. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, методы лечения.
12. Переломы костей таза. Механизм травмы. Повреждения уретры и мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

##### Темы сообщений:

##### Для текущей аттестации:

1. Осложнения после операций на органах брюшной полости.
2. Методика переливания крови в детском возрасте.
3. Опухоли забрюшинного пространства у детей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Повреждения органов брюшной полости у детей. Клиника, диагностика, хирургическая тактика лечения.
5. Черепно-мозговая травма. Частота, классификация, клиника и диагностика. Неврологические и дополнительные методы исследования. Лечение. Принципы диспансерного наблюдения больных, перенесших черепно-мозговую травму.
6. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез, клиника, рентгенодиагностика, лечение.
7. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Способы грыжесечения, осложнения.
8. Пороки развития желчевыводящих путей. Клиника, диагностика, лечение.
9. Гидронефроз. Мегауретерогидронефроз. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
10. Спаечная непроходимость. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика.
11. Ожоги пищевода. Виды агентов, вызывающих ожоги. Классификация, диагностика. Методы лечения, осложнения.
12. Пороки развития мочевого пузыря и уретры (экстрофия мочевого пузыря, эписпадия, гипоспадия). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
13. Патология передней брюшной стенки у новорожденных (аплазия мышц, гастрошизис, грыжа пупочного канатика). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Травма почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры у детей. Клиника, диагностика. Роль современных методов исследования. Лечение.
15. Кровотечения из пищеварительного тракта у детей. Клиника, диагностика, лечение.
16. Крипторхизм. Пороки развития вагинального отростка брюшины. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показание к операции, сроки оперативного лечения, принципы операции.
17. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному вмешательству. Способы оперативного лечения.
18. Пороки развития и хирургические заболевания новорожденных, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Механизмы нарушения дыхания. Методика исследования. Организация транспортировки. Показания к оперативному вмешательству. Принципы оперативного лечения.
19. Врожденная диафрагмальная грыжа у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, рентгенодиагностика. Принципы оперативного лечения.

20. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона новорожденных, лимфаденит, мастит, парапроктит). Клиника, диагностика, лечение.
21. Особенности переломов костей у детей. Клиника, диагностика, сроки иммобилизации, консолидации. Допустимые смещения. Принципы лечения. Отдаленные результаты. Значение ЛФК при травматических повреждениях у детей.

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета/экзамена.

*Содержание оценочного средства (вопросы, темы рефератов, круглых столов и т.п.)*

*В случае если фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по данной дисциплине представлен на Образовательном портале ПИМУ указать ссылку на этот электронный ресурс.*

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности (преподавателем указывает лишь те задания и иные материалы, которые им используются в рамках данной дисциплины)

### Варианты тестов:

#### 1 вариант:

1. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:
- А. совместные патолого-анатомические конференции;
  - Б. совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
  - В. летальная комиссия;
  - Г. научно-практическая конференция;
  - Д. консультация больных с сотрудниками кафедры.
2. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:
- А. обширной лимфангиоме шеи;
  - Б. стенозе прилоханочного отдела мочеточника;
  - В. клапане задней уретры;
  - Г. врожденной кишечной непроходимости;
  - Д. врожденная гидроцефалия.
3. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:
- А. реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;
  - Б. гастростомия, дренирование средостения;
  - В. реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;
  - Г. консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);
  - Д. считать больного инкурабельным.
4. Летальность после пилоротомии составляет:
- А. 0.1%;
  - Б. 0.5-1.0%;
  - В. 1.5-2.0%;
  - Г. 2.5-3.0%;
  - Д. 3.5-4.0%.
5. Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12- перстной кишки является:

- А. пневмония;  
Б. замедление восстановления моторики 12 -перстной кишки;  
В. стенозирование анастомоза;  
Г. острой почечной недостаточности разной степени;  
Д. метаболических нарушений.
6. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:  
А. пилоростеноз;  
Б. частичная высокая кишечная непроходимость;  
В. низкая кишечная непроходимость;  
Г. синдром Ледда;  
Д. инвагинация кишечника.
7. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:  
А. перитонит;  
Б. сепсис;  
В. тяжелый сочетанный порок развития;  
Г. пневмония;  
Д. нарушение гемостаза.
8. Определяющим принципом терапии хирургического сепсиса является:  
А. санация очага;  
Б. иммунокоррекция;  
В. подавление возбудителя;  
Г. управляемая гипокоагуляция;  
Д. коррекция нарушений гемодинамики.
9. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:  
А. пояснично-крестцовая область;  
Б. грудная клетка;  
В. лицо;  
Г. промежность и половые органы;  
Д. конечности.
10. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:  
А. динамическое наблюдение;  
Б. пункцию образования;  
В. попытку "вправления" образования в брюшную полость;  
Г. рентгенографию брюшной полости;  
Д. операцию - ревизию пахово-мошоночной области.
11. Укажите не характерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:  
А. пороки развития;  
Б. гнойно-воспалительные заболевания;  
В. злокачественные опухоли;  
Г. сосудистые дисплазии;  
Д. родовая травма.
12. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:  
А. физические;  
Б. химические;  
В. биологические;  
Г. генетические аберрации;

Д. гиповитаминоз матери.

13. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаящий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

- А. цианоз;
- Б. одышка;
- В. запавший живот;
- Г. пенистые выделения изо рта;
- Д. хрипы при аускультации легких.

14. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:

- А. эзофагоскопия;
- Б. трахеобронхоскопия;
- В. проба с метиленовой синью;
- Г. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
- Д. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.

15. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

- А. склонность к запорам;
- Б. желтуха;
- В. рвота «фонтаном»;
- Г. жажда;
- Д. олигурия.

16. При пилоростенозе стул:

- А. скудный, темно-зеленый;
- Б. постоянный запор;
- В. обильный непереваренный;
- Г. частый, жидкий, зловонный;
- Д. водянистый.

17. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:

- А. с артерио-мезентеральной непроходимостью;
- Б. с коротким пищеводом;
- В. с ахалазией пищевода;
- Г. с халазией пищевода;
- Д. с родовой травмой.

18. Низкую кишечную непроходимость у новорожденного отрицает симптом:

- А. многократной рвоты застойным отделяемым;
- Б. отсутствия стула;
- В. аспирации;
- Г. мягкого безболезненного живота;
- Д. вздутого болезненного живота.

19. Пальпируемое образование в брюшной полости чаще всего вызвано:

- А. повреждением органа в родах;
- Б. пороком развития МВС;
- В. неопластическим процессом;
- Г. воспалительным процессом;
- Д. пороком развития ЖКТ.

20. Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является:

- А. асимметрия кожных складок;
- Б. симптом «щелчка» (соскальзывания);
- В. ограничение разведения бедер;
- Г. укорочение одной из конечностей;
- Д. наружная ротация бедра.

## 2 вариант:

1. Рентгенологический феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:
  - А. обтурации мочеточника камнем;
  - Б. вторично сморщенной почки;
  - В. острого необструктивного пиелонефрита ;
  - Г. травмы почки;
  - Д. опухоли почки.
  
2. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:
  - А. пиелотомия ;
  - Б. нефротомия;
  - В. резекция почки;
  - Г. нефрэктомия;
  - Д. нефростомия.
  
3. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:
  - А. экскреторная урография;
  - Б. планиметрия почки;
  - В. почечная ангиография;
  - Г. биопсия почки;
  - Д. динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.
  
4. Показанием к временному отведению мочи (пункционной нефростомой) при гидронефрозе служат:
  - А. сочетание гидронефроза с мегауретером;
  - Б. нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
  - В. ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
  - Г. сочетание гидронефроза с МКБ;
  - Д. сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.
  
5. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:
  - А. операцию Фолея ;
  - Б. операцию Бонина;
  - В. операцию Хайнса - Андерсена;
  - Г. резекцию добавочного сосуда;
  - Д. уретеролизис.
  
6. К наиболее тяжелым анатомо-функциональным нарушениям со стороны верхних мочевых путей приводят варианты инфравезикальной обструкции обусловленные:
  - А. гипертрофией семенного бугорка;
  - Б. клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры;
  - В. полипом уретры;
  - Г. меатостенозом;
  - Д. склерозом шейки мочевого пузыря.
  
7. Показанием для отведения мочи с помощью уретерокутанеостомии служат:
  - А. мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочевого пузыря, инфекция мочевых путей ;
  - Б. ХПН, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит.
  - В. рецидивирующее течение пиелонефрита , мегауретер и грудной возраст ребенка;
  - Г. клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный ацидоз;
  - Д. миелодисплазия, арелфлекторный мочевой пузырь и мегауретер.
  
8. При эктопии устья добавочного мочеточника с отсутствием функции соответствующей ему половины почки целесообразно выполнить:

- А. геминефрэктомию с прокрашиванием мочеточника;
- Б. геминефроуретерэктомию с иссечением терминального отдела эктопированного мочеточника;
- В. пересадку эктопированного мочеточника в пузырь с антирефлюксной защитой;
- Г. уретероуретероанастомоз;
- Д. ушивание эктопического устья.

9. Первичная пластика мочевого пузыря местными тканями при экстрофии включает :

- А. ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;
- Б. ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки ;
- В. иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Коэну ;
- Г. выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком;
- Д. ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

10. Ребенок 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (имеет искривление кавернозных тел до 65-70 градусов) Ему показано:

- А. расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирования двойной уретростомии;
- Б. противорубцовая терапия в полном объеме;
- В. расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти;
- Г. расправление кавернозных тел путем пликаций белочной оболочки по дорсальной поверхности;
- Д. расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой.

11. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

- А. пиурию;
- Б. альбуминурию;
- В. микрогематурию;
- Г. макрогематурию;
- Д. оксалурию.

12. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

- А. в поясничной области;
- Б. в наружном крае прямых мышц;
- В. в надлобковой области;
- Г. в промежности;
- Д. в эпигастрии.

13. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо выполнить :

- А. ретроградную пиелографию;
- Б. экскреторную урографию;
- В. цистоскопию;
- Г. цистоуретрографию;
- Д. радиоизотопные методы.

14. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

- А. фимозом;
- Б. опухолью мочевого пузыря;
- В. камнем уретры;
- Г. разрывом уретры;
- Д. камнем мочевого пузыря.

15. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

- А. при гидронефрозе;
- Б. при нефроптозе;
- В. при мочекаменной болезни;
- Г. при поликистозе;
- Д. при тромбозе почечной артерии.

16. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А. острый пиелонефрит;
- Б. травма почки;
- В. почечная колика;
- Г. анурия;
- Д. макрогематурия.

17. Полным недержанием мочи сопровождается:

- А. тотальная эписпадия;
- Б. промежностная гипоспадия;
- В. субсимфизарная эписпадия;
- Г. клапаны задней уретры;
- Д. эктопическое уретероцеле.

18. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

- А. для удвоения;
- Б. для гидронефроза;
- В. для нефроптоза;
- Г. для разрыва почки;
- Д. для туберкулеза.

19. Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают:

- А. экскреторная урография;
- Б. восходящая уретрография;
- В. сцинтиграфия;
- Г. урофлоуметрия;
- Д. цистография.

20. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:

- А. гомолатеральная дистопия;
- Б. поликистоз почек;
- В. подковообразная почка;
- Г. удвоение верхних мочевых путей;
- Д. 8-образная почка.

### Примеры ситуационных задач:

Р0		Тактика лечения не определена.
Н		020
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Х., 8 сут. <u>Анамнез жизни:</u>

		<p>Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита, отеков, 1 срочных родов, с преждевременным излитием околоплодных вод. Родостимуляция экзопростом. Однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Вес при рождении 3750г. Апгар 6/7баллов. Закричал после реанимационных мероприятий.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> Из род.зала переведен в отделение интенсивной терапии, на 5 день приложен к груди. Сосал активно. На 7-день удален пупочный остаток (инфицированный). На 8-й день появилось отделяемое из пупочной ранки желтого цвета, жидкое, истекало при плаче. Живот не вздут, мягкий. Стул был.</p> <p><u>При осмотре:</u> Состояние не нарушено. Телосложение правильное, рефлексы вызываются. Тремор верхних конечностей. Кожа чистая. В ротоглотке спокойно. Б/р 1,5*2,0 см. Дыхание жесткое, проводится во всех полях. ЧД – 38 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 140 в мин. Живот мягкий, подвздут. Печень у края реберной дуги. Стул самостоятельный.</p> <p><u>Локальный статус:</u> В области пупочной ранки имеется фистула, выстланная кишечным эпителием, ярко-розового цвета. Через неё отходит кишечное содержимое желтого цвета и газы. Кожа вокруг гиперемирована.</p> <p><u>ОАК:</u> Нб 209 г/л, Эр 6,3 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 277x10<sup>9</sup>/л ЦП 0,99 Лей 22,3 x 10<sup>9</sup>/л , п/я 7%, миелоциты 1 с/я 52%, Э 6 %, л 29%, м 5%, СОЭ 2.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Полный свищ пупка.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка имеется фистула, выстланная кишечным эпителием, по которой отходит кишечное содержимое.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ятрогенным повреждением петли кишки при омфалоцеле малых размеров. Но в этом случае кишечное содержимое появляется сразу после отсечения пуповины. Также нужно дифференцировать с персистирующим уракусом, но в этом

		случае направление свищевых ходов вниз к мочевому пузырю, содержимое – моча.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, обзорный снимок, по показаниям - фистулографию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае необходимо оперативное лечение: лапаротомия, резекция участка кишки, несущей свищ.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		021
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<b>Больная Т., 15 лет.</b>

		<p><b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от третьей беременности, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Прививки по возрасту.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> у девочки с раннего возраста отмечается энурез. Лечение у невролога без особого эффекта. При УЗИ почек выявлено удвоение верхних мочевых путей справа. В связи с этим была направлена на консультацию к детскому хирургу. При осмотре состояние девочки удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. Мочеиспускание не нарушено, 4-5р.в день. Ночью «сухая». Но на трусиках имеется постоянно «мокрое пятно».</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Hb 141 г/л, эритроциты <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>222,6 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>6,7 \times 10^9/л</math>, с/я 54%, эозинофилы 11%, базофилы 1%, лимфоциты 32%, моноциты 2%, СОЭ 4 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 100 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок - отриц., эпителий: плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты изменённые 0-1 в поле зрения, слизь – умеренное количество.</p> <p><b>Анализ мочи по Нечипоренко:</b> лейкоциты – 750 в мл., эритроциты 250 в мл.</p> <p><b>Протеинограмма:</b> общий белок 71,3 г/л, альбумины 57,9%, глобулины: <math>a_1</math>-3,1%, <math>a_2</math>-9,5%, <math>b</math>-13,7%, <math>g</math>-15,8%. Креатинин крови 0,045 ммоль/л.</p> <p><b>Электролиты крови:</b> <math>K^+</math> 4,8 ммоль/л, <math>Na^+</math> 145 ммоль/л, <math>Ca^{2+}</math> 2,34 ммоль/л, хлориды 102,1 ммоль/л, мочевины 2,66 ммоль/л.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Полное удвоение мочевых путей справа. Внепузырная эктопия устья мочеточника удвоенной почки справа. Ложное недержание мочи.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У девочки имеется симптом «мокрого пятна», лечение без эффекта, по данным УЗИ – удвоение мочевых путей.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.

P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с энурезом, нейрогенным гиперрефлекторным мочевым пузырём. Ритм мочеиспусканий соответствует норме. Нет императивных позывов, нет неудержания мочи при императивных позывах – кашле, чихании, физическом напряжении. Таким образом, нет данных за нейрогенный мочевой пузырь. У девочки нет ночного недержания мочи, в то же время лечение энуреза неэффективно.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить внутривенную урографию, чтобы подтвердить удвоение верхних мочевых путей. Провести пробу с «синькой» (раствором индигокармина) для подтверждения внепузырной эктопии устья мочеточника удвоенной почки. Также произвести запись ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае необходимо оперативное лечение: при сохранении функции верхнего сегмента почки- межмочеточниковый анастомоз, при утере- верхнюю геминефрэктомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.

Р0		Тактика лечения не определена.
Н		022
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной А., 4г.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> заболел 2 дня назад, когда ребёнок стал беспокойным, жаловался на боли в животе. Ночью спал плохо, днём от еды отказывался, не играл. Повышение температуры до 38°C. Направлен в стационар.</p> <p><u>При поступлении:</u> Состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, беспокоят боли в животе. Температура 37,9°C.</p> <p>Телосложение правильное. Питание удовлетворительное.</p> <p>Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Расчесы спины.</p> <p>Лимфатические узлы не увеличенные, мягкоэластической консистенции, безболезненные.</p> <p>В ротоглотке чисто, гиперемии нет.</p> <p>Язык обложен грязным налетом.</p> <p>Дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧД 24 в мин.</p> <p>Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 120 в мин.</p> <p>Живот умеренно вздут, напряжен, резко болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы раздражения брюшины здесь же.</p> <p>Стула не было. Мочится редко.</p> <p><u>ОАК:</u> Нг - 129 г/л; Ег - 3,9 x 10<sup>12</sup>/л; Ц.пок. - 0,99; Тг - 195 тыс x 10<sup>9</sup>/л ; Le - 20,2 x 10<sup>9</sup>/л ; п/я - 3; с/я - 69; э - 2; Лимф - 19; м - 7, СОЭ - 33 мм/час, сахар - 4,6 г\л.</p> <p><u>ОАМ:</u> цвет - бесцветный; прозрачность - полная; относит. плотность - 1015; р-я - нейтральная; белок - 0,076; эпителий 0-2 в пзр; лейкоциты - 1-2; эритроциты - 1-2; слизь +; аморфные фосфаты ++.</p> <p>Биохимия: общ. белок - 72,2 г/л; К - 4,1; Na - 138; мочевины- 4,33 ммоль\л; креатинин-0,142 ммоль\л; АсАТ - 0,67мккат\л; АлАТ-0,29 мккат\л; биллир.общ. - 10,3; прямой - 2,1.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый аппендицит.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен «острый живот»
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз острого аппендицита установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнеза — острое развитие заболевания</li> <li>- жалоб больного на боли в животе;</li> <li>- наличие беспокойства, ребенок не спал ночью, отказывается от еды;</li> <li>- данных объективного исследования (температура тела 37,9°, язык с налётом, пульс 120 уд. в мин., живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Отмечается ригидность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области.</li> <li>- в анализе крови- воспалительные изменения (лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускорение СОЭ).</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	<p>Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ОРЗ с абдоминальным синдромом (в данном случае нет катаральных явлений, имеются локальные симптомы, типичные для аппендицита, воспалительные изменения в анализе крови с преобладанием нейтрофилёза). Также дифференцировать надо с мезаденитом, при котором имеется нечеткая локализация болей, ближе к пупку, не выражена ригидность мышц, нет перитонеальных симптомов.</p>
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Определите тактику ведения пациента.
Э	-	<p>Необходимо оперативное лечение по экстренным показаниям — лапароскопическая или открытая аппендэктомия. До операции проводится кратковременная инфузионная терапия: инфузия раствора стерофундина 300 мл внутривенно, за 30 минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 0,5гр.</p>

P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Выбрана неверная тактика лечения.
B	5	Определите тактику послеоперационного ведения пациента.
Э	-	В послеоперационном периоде необходимы: в ближайшем периоде – постельный режим, холод на живот на 2 часа, не кормить, проводить инфузионную терапию (раствор глюкозы 5%-250мл+физиологический раствор–250мл внутривенно), продолжить антибиотикотерапию – цефотаксим–100мг/кг-суточная доза в 3 приёма в/в.
P2	-	Ответ верный. Все мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Выбрана неверная тактика лечения.
H		023
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластичное болезненное образование размером 6х4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э		Ущемлённая паховая грыжа слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластическое болезненное образование, при этом яички в мошонке. Образование появилось остро, 5 часов назад, ребёнок беспокоится, жалуется на боли в животе.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с остро развившейся кистой семенного канатика, при которой нет абдоминального болевого синдрома, киста смещается при потягивании за семенной канатик, при диафаноскопии определяется жидкостное содержимое, пальпируется свободное паховое кольцо. Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с паховым лимфаденитом, при котором имеется более длинный анамнез, местные воспалительные изменения.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Э		При осмотре следует пропальпировать паховое кольцо (при ущемлённой грыже оно чётко не определяется), провести диафаноскопию. Взять общий анализ крови, геморрагический комплекс, группу крови и резус-фактор.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае в связи с малым сроком ущемления необходимо ввести спазмолитики, местно положить тепло, успокоить ребёнка. При отсутствии эффекта экстренное оперативное лечение: грыжесечение с ревизией содержимого грыжевого мешка.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		024
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной Е., 15л.  Ребенок от 1 беременности, срочных родов, с весом 2300 г.  <u>Анамнез заболевания:</u>  2 года назад оперирован в ЦРБ по поводу флегмонозного аппендицита. В послеоперационном периоде обнаружена лейкоцитурия, отмечались боли в поясничной области справа. Выполнено УЗИ почек, обнаружено расширение полостной системы правой почки и мочеточника. После выписки из стационара поступил на урологическое обследование.  <u>При поступлении:</u>  Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Жалоб нет. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. С-м поколачивания</p>

		отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный. ОАК: Нб 137 г/л, Эр 4,1 x 10 <sup>12</sup> /л, Тр 295, ЦП 0,99, Лей 4,5 x 10 <sup>9</sup> /л (с/я 60%, п/я 2%, э 2%, л 33%, м 3%), СОЭ 15. ОАМ: светло-желтая, полная прозрачность, рН – кислая, плотность – 1019, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лейкоц. – 0-1 в п/зр. УЗИ почек: правая почка значительно уменьшена в размерах, члк-расширен, паренхима истончена до 2-3мм, мочеточник расширен до 10мм. Допплерография почек: кортикальный кровоток справа регистрируется только на уровне дуговых артерий; снижение показателей объёмного кровотока справа. Внутривенная урография- функция правой почки резко снижена. Цистография- ПМР нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Нефункционирующая почка справа на фоне обструктивного уретерогидронефроза. Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение, ремиссия, ПНО.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка «случайно» после операции в связи с лейкоцитурией обнаружены изменения правой почки, имеющие необратимый характер – терминальную стадию уретерогидронефроза (паренхима резко истончена до 2-3мм, функция практически отсутствует, кортикальный кровоток только на уровне дуговых артерий).
Р2		Диагноз обоснован верно.
Р1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
Р0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с рефлюксным уретерогидронефрозом. В данном случае ПМР нет, поэтому характер врождённого уретерогидронефроза нерефлюксирующий.

P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить радиоизотопное исследование - статическую нефросцинтиграфию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана нефруретерэктомия справа в плановом порядке, контроль за анализами мочи.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		025
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Д., 9л. <u>Анамнез жизни:</u> Ребёнок от 1 беременности, срочных родов с весом 2300 г. <u>Анамнез заболевания:</u>

		<p>С рождения отмечались запоры, недержание кала. В последние 2 года недержание кала усилилось.</p> <p><u>При осмотре:</u></p> <p>Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p><u>Локальный статус:</u> промежность развита удовлетворительно, анальное отверстие расположено аномально, близко к корню мошонки, сокращается только по задней полуокружности. Отмечается недержание жидкого кала, плотного кала при нагрузке.</p> <p><u>ОАК:</u> Нь 130 г/л, Эр 4,0 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 284, ЦП 0,97, Лей 4,9 x 10<sup>9</sup>/л (с/я 24%, э 3%, л 70%, м 3%), СОЭ 7.</p> <p><u>ОАМ:</u> бесцветная, полная прозрачность, рН – нейтральная, плотность – 1005, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лей – 0-1 в п/зр.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом.
<b>Р2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>Р1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>Р0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка имеется нетипичное расположение ануса (близко к корню мошонки), недержание кала.
<b>Р2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>Р1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>Р0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эктопией ануса. При эктопии ануса имеется го внутрисфинктерное расположение, функция заднего прохода не нарушается. У ребёнка имеется сокращение сфинктера только по задней полуокружности (сзади от свищевого отверстия), с рождения запоры, недержание кала.
<b>Р2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.

P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ректальный осмотр, фистулографию, УЗИ промежности, ЭМГ анального сфинктера.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана заднесагиттальная анопроктопластика в плановом порядке.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		026
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Ребёнок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появились одышка до 80 в минуту, цианоз, хрипящее дыхание. Температура тела 37,5°C. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа коробочный звук, аускультативно там же дыхание не прослушивается.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Внебольничная деструктивная пневмония, пневмоторакс справа.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка раннего возраста имеется на фоне пневмонии резкое ухудшение состояния: нарастание одышки до 80 в минуту, цианоз, затруднённое дыхание, отсутствие дыхания справа при аускультации.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пиотораксом, пиопневмотораксом, однако больше данных за пневмоторакс, так как сверхострое развитие осложнения, вздутие грудной клетки справа, при перкуссии определяется коробочный звук, при аускультации отсутствие дыхания.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ плевральных полостей.

P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана экстренный торакоцентез справа. Техника торакоцентеза.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		027
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Мальчик Н., 11 лет, обратился с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевидное образование, несмещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см.</p> <p>Температура тела нормальная. Анализ крови: НЬ 96 г/л, лейкоциты 6,5х 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 56 мм/ч.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Остеогенная саркома правой бедренной кости.
P2		Диагноз поставлен верно.

P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеются жалобы на боли в области коленного сустава справа на протяжении 4-х недель, преимущественно ночного характера, при пальпации определяется опухоль в проекции дистального отдела правой бедренной кости, в анализе крови анемия, ускорение СОЭ до 56 мм/час.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым гематогенным остеомиелитом, при котором отмечаются острое начало заболевания, фебрилитет, невозможность встать на ногу, воспалительные изменения в анализе крови.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию бедра и голени правой нижней конечности, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, анализ крови на онкомаркёры.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.

P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано оперативное лечение – ампутация правой нижней конечности после курса полихимиотерапии.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		028
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная Н., 14 лет обратилась с жалобами на боли в течение 2 мес. в правой подвздошной области, возникающие как при ходьбе, так и в покое. Вечером отмечает подъёмы температуры тела до субфебрильных цифр. Стул регулярный, аппетит снижен. Больная несколько похудела (дефицит массы тела) 5% за 2 мес. При осмотре состояние больной средней тяжести, она бледная, астеничная, язык слегка обложен белым налётом. В правой подвздошной области пальпация умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. При бимануальном исследовании выявлено опухолевидное образование в правой подвздошной области, мягкоэластической консистенции, размерами 4х5 см, умеренно болезненное, подвижное. В клиническом анализе крови лейкоциты 7,5х10 <sup>9</sup> /л, НЬ 112 г/л, СОЭ 14 мм/ч, лейкоцитарная формула с небольшим нейтрофильным сдвигом влево. Пациентке проведено УЗИ: в правой подвздошной области выявлено образование в капсуле размерами 34х50х47 мм, смещает матку влево, связи с правой почкой нет.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э		Опухоль правого яичника.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У девочки-подростка имеются жалобы на боли в в правой подвздошной области на протяжении 2-х месяцев, независимо от положения тела, при пальпации определяется опухолевидное образование, девочка похудела за 2 мес., имеется постоянный субфебрилитет, в анализе крови – небольшие воспалительные изменения.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с аппендикулярным инфильтратом, при котором имеются в анамнезе признаки острого начала заболевания, локальные симптомы воспалительного процесса в брюшной полости (ригидность мышц, перитонеальные симптомы), воспалительные изменения в анализе крови. Также необходимо дифференцировать с овариальной и параовариальной кистами яичника, при которых нет явлений постоянного субфебрилитета, снижения массы тела.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Э		Необходимо выполнить УЗИ органов малого таза, доплерографию яичников, образования, осмотр гинеколога, кровь на онкомаркёры, диагностическую лапароскопию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано оперативное лечение – удаление опухоли с резекцией сальника (по показаниям).
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		029
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Ребёнок М., 9 лет, заболел остро, 2 дня назад, когда появились боли в нижней трети правого бедра, стойкое повышение температуры тела до 38-39 °С, хромота. Накануне играл в футбол, получил удар мячом.</p> <p>При осмотре ребёнок занимает вынужденное положение, на ногу не встаёт, пассивные движения резко болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия в нижней трети бедренной кости болезненна.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острый гематогенный остеомиелит нижнего метафиза правой бедренной

		кости.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок заболел остро, имеется сочетание локальных признаков (болезненность, отёк бедра) и воспалительной реакции организма (высокая температура).
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с травмой бедра, при которой отсутствуют фебрилитет, местные воспалительные изменения.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить общий анализ крови+гемокомплекс+группу крови и резус-фактор, возможны УЗИ правого бедра, при подозрении на травму-рентгенография бедренной кости (при чётких данных за остеомиелит рентгенографию выполнять через 2-3 недели), рентгенография грудной клетки (метастатическая септическая пневмония).

P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано экстренное оперативное лечение – остеоперфорация нижнего метафиза правого бедра. Техника остеоперфорации.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		030
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<u>Анамнез заболевания:</u> Девочка Р., 12 лет, с раннего возраста наблюдалась у гастроэнтеролога по поводу периодических болей в животе, педиатра в связи с анемией, спленомегалией. Отстаёт в физическом развитии. В настоящее время заболела остро: состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота алой кровью и затем «кофейной гущей». Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Стула сегодня не было. АД 90/50 мм рт.ст. Гемоглобин 86 г/л.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Портальная гипертензия, внепечёночная форма. Состоявшееся кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Анемия средней степени тяжести.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.

P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеется длительный анамнез: абдоминальные боли, спленомегалия, анемия. Имеются признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, рвота алой кровью говорит о принадлежности к венам пищевода. Отмечается снижение АД, явления анемии.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с язвенной болезнью желудка, при которой имеется соответствующий анамнез (боли после еды, голодные боли), рвота «кофейной гущей», мелена. Также необходимо проводить дифференциальный диагноз с внутripечёночной формой портальной гипертензии, при которой имеются признаки цирроза печени (увеличение, уплотнение, длительный анамнез).
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ФГС, УЗИ органов брюшной полости, при котором определить наличие венозной трансформации воротной вены, общий анализ крови, биохимический анализ крови.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.

P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано консервативное лечение: строгий постельный режим, исключить энтеральное питание, холод на живот, инфузионная терапия (Sol.Sterofundini-500, Sol.Natriichloridi0,9%-250, Sol.Glucosae5%-250 в/венно), Sol.Tranexami 850мг в/венно, Sol.Aethamzilatis12,5%-2,0 в/венно; при отсутствии эффекта- установка зонда Блекмора; при сохранении кровотечения – эндоскопическая остановка кровотечения эндоскопистом путём введения склерозантов или наложения специальных колец на расширенные венозные узлы.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.

### 5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине

### «детская хирургия»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Организация оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями на территории РФ.	-
2. Анатомо-физиологические особенности детей первых лет жизни. Заболевания, связанные с анатомической и морфологической незрелостью, врачебная тактика при них.	-
3. Острый аппендицит у детей. Анатомо-физиологические особенности. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.	-
4. Острый аппендицит у детей младшего возраста. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.	-
5. Осложнения острого аппендицита у детей. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика. Показания к оперативному лечению. Способы операции.	-
6. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению.	-
7. Перитонит и его лечение в современный период у детей, патогенез, клиника, диагностика. Лапаростомия.	-
8. Инвагинация кишечника у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к	-

оперативному и консервативному лечению.	
9. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы неотложной помощи. Патогенетическое лечение.	-
10. Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта у детей. Клиника, диагностика, лечение.	-
11. Внутривенечная и внепеченочная формы портальной гипертензии. Механизм возникновения портальной гипертензии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Методы диагностики. Виды операций при различных формах портальной гипертензии, показания к их выполнению.	-
12. Дивертикул Меккеля и удвоение желудочно-кишечного тракта как одна из причин острой хирургической патологии брюшной полости.	-
13. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, методы лечения.	-
14. Гастро-эзофагеальный рефлюкс. Причины. Клиника. Методы диагностики. Показания к оперативному лечению и методы операций.	-
15. Желчекаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.	-
16. Киста холедоха. Клиника, диагностика, способы оперативного лечения.	-
17. Язва желудка и 12-перстной кишки у детей. Частота, клиника, осложнения, показания к оперативному лечению.	-
18. Повреждения органов брюшной полости у детей. Клиника, диагностика, хирургическая тактика лечения.	-
19. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика.	-
20. Динамическая кишечная непроходимость. Особенности этиологии, патогенеза у детей раннего возраста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	-
21. Особенности лапароскопии у детей: показания и противопоказания. Диагностическая лапароскопия и лапароскопические операции в детской хирургии.	-
22. Осложнения после операций на органах брюшной полости.	-
23. Кишечные свищи. Классификация. Диагностика. Лечение. Способы операций.	-
24. Атрезия пищевода. Этиология, патогенез, виды атрезии пищевода. Клиника, диагностика, организация транспортировки. Принципы хирургического лечения.	-
25. Пилоростеноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	-
26. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника, диагностика, предоперационная подготовка, обезболивание и послеоперационный период.	-
27. Пороки развития прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечения. Современные способы анопластики.	-
28. Пороки обратного развития желточного протока и урахуса.	-

29. Пороки развития толстой кишки. Мегадолихоколон. Болезнь Гиршпрунга. Клиника, диагностика, лечение.	-
30. Патология передней брюшной стенки у новорожденных (аплазия мышц, гастрошизис, грыжа пупочного канатика). Этиология, клиника, диагностика, лечение.	-
31. Гастрошизис, омфалоцеле: антенатальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Транспортировка, предоперационная подготовка. Способы оперативных вмешательств и обоснование их применения.	-
32. Пороки развития желчевыводящих путей. Клиника, диагностика, лечение.	-
33. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Способы грыжесечения, осложнения.	-
34. Пороки развития и хирургические заболевания новорожденных, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Механизмы нарушения дыхания. Методика исследования. Организация транспортировки. Показания к оперативному вмешательству. Принципы оперативного лечения.	-
35. Врожденная диафрагмальная грыжа у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, рентгенодиагностика. Принципы оперативного лечения.	-
36. Паховая грыжа. Этиология. Патогенез. Формы грыж. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Способы грыжесечения у детей. Осложнения.	-
37. Ущемление паховых грыж. Дифференциальная диагностика с паховым лимфаденитом, кистой семенного канатика. Тактика хирурга. Герниолапаротомия.	-
38. Черепно-мозговые и спинномозговые грыжи у детей. Пороки лицевого скелета (синдром Пьера-Робена), шеи (боковые и срединные кисты, свищи). Клиника, диагностика, лечение.	-
39. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона новорожденных, лимфаденит, мастит, парапроктит). Клиника, диагностика, лечение.	-
40. Острый гематогенный остеомиелит. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.	-
41. Хронический остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения, их профилактика и лечение	-
42. Острая бактериальная деструкция легких. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Методы лечения. Хирургическая тактика.	-
43. Роль торакоскопии в диагностике и лечении патологии органов грудной клетки у детей.	-
44. Черепно-мозговая травма. Частота, классификация, клиника и диагностика. Неврологические и дополнительные методы исследование. Лечение. Принципы диспансерного наблюдения больных, перенесших черепно-мозговую травму.	-
45. Особенности переломов костей у детей. Клиника, диагностика, сроки иммобилизации, консолидации. Допустимые смещения.	-

Принципы лечения. Отдаленные результаты. Значение ЛФК при травматических повреждениях у детей	
46. Закрытая травма грудной клетки. Плевропульмональный шок. Гемопневмоторакс. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Осложнения. Принципы лечения.	-
47. Закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.	-
48. Закрытая травма живота с повреждением полых органов брюшной полости. Клиника. Диагностика. Лечение.	-
49. Травматический шок и его лечение у детей.	-
50. Переломы бедренной кости у детей, их частота. Виды повреждений. Механизм травмы. Характеристика смещения отломков при диафизарных переломах. Особенности иммобилизации в зависимости от возраста. Сроки консолидации. Показания к оперативному лечению, его принципы.	-
51. Травматический вывих бедренной кости. Переломы проксимального конца бедренной кости. Клиника. Диагностика. Лечение.	-
52. Травма позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	-
53. Переломы костей таза. Механизм травмы. Повреждения уретры и мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.	-
54. Переломы костей предплечья. Диафизарные переломы. Эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы дистального отдела лучевой кости. Механизм травмы. Клиника. Диагностика. Лечение. Сроки консолидации. Осложнения. Переломо-вывихи. Повреждения Монтеджа, Галеацци. Механизм травмы. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Отдалённые результаты.	-
55. Переломы проксимального конца плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Переломы ключицы у детей. Частота. Механизм травмы. Виды переломов. Клиника. Диагностика.	-
56. Переломы нижнего конца плечевой кости у детей. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение. Ранние и поздние осложнения. Значение ЛФК в реабилитации детей с переломами костей верхней конечности.	-
57. Сочетанная и множественная травма у детей. Клиника. Последовательность диагностических и лечебных мероприятий.	-
58. Кривошея. Косолапость. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения. Показания и сроки оперативного лечения.	-
59. Нарушение осанки у детей и сколиоз. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Значение ЛФК.	-
60. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез, клиника, рентгенодиагностика, лечение.	-
61. Травма почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры у детей. Клиника, диагностика. Роль современных методов исследования. Лечение.	-
62. Мочекаменная болезнь. Этиология образования конкрементов	-

мочевых путей. Современные способы лечения.	
63. Синдром «острой мошонки». Этиология, клиника, диагностика, лечение.	-
64. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	-
65. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному вмешательству. Способы оперативного лечения.	-
66. Аномалии количества, положения, формы почек. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению.	-
67. Крипторхизм. Пороки развития вагинального отростка брюшины. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показание к операции, сроки оперативного лечения, принципы операции.	-
68. Гипоспадия: сроки и современные методы оперативного лечения.	-
69. Роль уродинамических методов исследования в диагностике и лечении нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.	-
70. Водянка оболочек яичка. Киста семенного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.	-
71. Рентгенодиагностика заболеваний и опухолей костей.	-
72. Синдром «острой мошонки». Этиология, клиника, диагностика, лечение.	-
73. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	-
74. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному вмешательству. Способы оперативного лечения.	-
75. Аномалии количества, положения, формы почек. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению.	-
76. Крипторхизм. Пороки развития вагинального отростка брюшины. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показание к операции, сроки оперативного лечения, принципы операции.	-
77. Гипоспадия: сроки и современные методы оперативного лечения.	-
78. Роль уродинамических методов исследования в диагностике и лечении нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.	-
79. Водянка оболочек яичка. Киста семенного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.	-
80. Рентгенодиагностика заболеваний и опухолей костей.	-
81. Опухоли мягких тканей. Гемангиомы, лимфангиомы. Клиника, диагностика, лечение. Дермоидные кисты и тератомы. Этиология, типичная локализация. Клиника, диагностика, лечение.	-
82. Опухоли средостения у детей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	-
83. Опухоли забрюшинного пространства у детей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Нейрогенные	-

опухоли. Классификация, морфологическая картина. Клинические проявления. Рентгенодиагностика. Особенности оперативного лечения. Отдалённые результаты.	
84. Нейрогенные опухоли. Классификация, морфологическая картина. Клинические проявления. Рентгенодиагностика. Особенности оперативного лечения. Отдалённые результаты.	-
85. Современные противошоковые жидкости и кровезаменители, показания к их применению.	-
86. Сепсис у детей. Основные принципы лечения на современном этапе.	-
87. Методика переливания крови в детском возрасте.	-
88. Интенсивная терапия при септикопиемической и токсической форме острого гематогенного остеомиелита.	-
89. Основные принципы предоперационной подготовки при экстренных и плановых оперативных вмешательствах. Виды обезболивания у детей. Виды ингаляционного наркоза у детей.	-
90. Виды обезболивания у детей. Виды местной анестезии у детей. Показания к футлярной, проводниковой анестезии: по Вишневному, по Школьникову. Местное обезболивание при переломах костей.	-
91. Геморрагический шок и его лечение у детей.	-
92. Спинальная, эпидуральная анестезия, блокада периферических нервов и сплетений. Показания и противопоказания в детской практике. Методика выполнения. Осложнения, их профилактика и лечение.	-
93. Интенсивная терапия при нарушениях водно-электролитного обмена у детей.	-
94. Интенсивная терапия при гипертермическом и судорожном синдроме у детей.	-
95. Медикаментозная терапия при остановке сердца.	-
96. Принципы интенсивной терапии при острых отравлениях у детей.	-
97. Предоперационная интенсивная терапия при непроходимости пищеварительного тракта у новорожденных.	-
98. Принципы инфузионной терапии новорождённых с хирургическими заболеваниями.	-
99. Терминальные состояния у детей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Внутрочерепные кровотечения. Классификация. Клиника. Лечение.	-
100. <i>Анафилактический шок у детей. Клинические формы, неотложная помощь, профилактика.</i>	-

### 5.1.2. Вопросы к зачёту по дисциплине \_\_\_\_\_ «детская хирургия»

Вопросы к экзамену	Код компетенции (согласно РПД)
1. Острый аппендицит у детей. Анатомо-физиологические особенности.	■

Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лапароскопии у детей: показания и противопоказания. Диагностическая лапароскопия и лапароскопические операции в детской хирургии.	
2. Острый аппендицит у детей младшего возраста. Патогенез, клиника, диагностика и лечение	-
3. Осложнения острого аппендицита у детей. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика. Показания к оперативному лечению. Способы операции. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению. Перитонит и его лечение в современный период у детей, патогенез, клиника, диагностика.	-
4. Инвагинация кишечника у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному и консервативному лечению.	-
5. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы неотложной помощи. Патогенетическое лечение.	-
6. Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта у детей. Клиника, диагностика, лечение.	-
7. Пороки обратного развития желточного протока и урахуса. Дивертикул Меккеля и удвоение желудочно-кишечного тракта как одна из причин острой хирургической патологии брюшной полости.	-
8. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Динамическая кишечная непроходимость. Особенности этиологии, патогенеза у детей раннего возраста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	-
9. Атрезия пищевода. Этиология, патогенез, виды атрезии пищевода. Клиника, диагностика, организация транспортировки. Принципы хирургического лечения	-
10. Пилоростеноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	-
11. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника, диагностика, предоперационная подготовка, обезболивание и послеоперационный период.	-
12. Пороки развития прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечения.	-
13. Пороки развития толстой кишки. Мегадолихоколон. Болезнь Гиршпрунга. Клиника, диагностика, лечение.	-
14. Патология передней брюшной стенки у новорожденных (гастрошизис, грыжа пупочного канатика). Этиология, клиника, диагностика, лечение	-
15. Пороки развития желчевыводящих путей. Клиника, диагностика, лечение	-
16. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Способы грыжесечения, осложнения.	-
17. Пороки развития и хирургические заболевания новорожденных, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Механизмы нарушения дыхания. Методика исследования. Организация транспортировки. Показания к оперативному вмешательству. Принципы оперативного лечения.	-
18. Врожденная диафрагмальная грыжа у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, рентгенодиагностика. Принципы оперативного лечения.	-
19. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона	-

новорожденных, лимфаденит, мастит, парапроктит). Клиника, диагностика, лечение.	
20. Острый гематогенный остеомиелит. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.	-
21. Хронический остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения, их профилактика и лечение.	-
22. Острая бактериальная деструкция легких. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Методы лечения. Хирургическая тактика.	-
23. Закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных и полых органов. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.	-
24. Сочетанная и множественная травма у детей. Клиника. Последовательность диагностических и лечебных мероприятий. Травматический шок и его лечение у детей. Современные противошоковые жидкости и кровезаменители, показания к их применению.	-
25. Гидронефроз. Мегауретрогидронефроз. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.	-
26. Пороки развития мочевого пузыря и уретры (экстрофия мочевого пузыря, эписпадия, гипоспадия). Этиология, клиника, диагностика, лечение.	-
27. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Водянка оболочек яичка. Киста семенного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Синдром «острой мошонки». Этиология, клиника, диагностика, лечение.	-
28. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному вмешательству. Способы оперативного лечения.	-
29. Крипторхизм. Пороки развития вагинального отростка брюшины. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показание к операции, сроки оперативного лечения, принципы операции.	-
30. Сепсис у детей. Основные принципы лечения на современном этапе. Методика переливания крови в детском возрасте. Интенсивная терапия при септикопиемической и токсической форме острого гематогенного остеомиелита.	-

### 5.1.3. Тематика курсовых работ (примеры):

1. Острый аппендицит у детей. Особенности лапароскопии у детей: показания и противопоказания. Диагностическая лапароскопия и лапароскопические операции в детской хирургии.
2. Крипторхизм. Показание к операции, сроки оперативного лечения, принципы операции.
3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному вмешательству. Способы оперативного лечения.
4. Атрезия пищевода. Этиология, патогенез, виды атрезии пищевода. Клиника, диагностика, организация транспортировки. Принципы хирургического лечения.
5. Желчекаменная болезнь у детей. Этиология, патогенез. Современные способы лечения.

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
<b>Мотивация (личностное отношение)</b>	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	-	-
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	-	-

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным и недочетами,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	-	-	-	-

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Киреева Надежда Борисовна, профессор кафедры детской хирургии, доктор мед.наук, доцент

Дата «18» ноября 2022 г.